JEUNES ET PRÉSERVATIFS À ABIDJAN

Une recherche d'ethno-prévention du sida et des MST

Dr François Deniaud

Avertissement

Les choix des éléments de cette recherche : le préservatif, la jeunesse urbaine et l'Afrique peuvent être discutés. Ne risque-t-on pas de fausser l'étude du préservatif en l'isolant des autres moyens de prévention ? En considérant l'objet, plus que son utilisateur ou ses bénéficiaires ? En choisissant une population particulière par sa jeunesse, par les influences occidentales qu'elle reçoit et par sa vulnérabilité aux maladies sexuellement transmissibles (MST), dont le sida ?

C'est possible. Mais de tels choix s'inscrivent dans le cadre plus large d'une Recherche-Action où la recherche n'est pas une fin en soi : elle s'efface derrière l'application de ses données à la population étudiée afin de la faire bénéficier d'actions de prévention.

C'est à titre de médecin que je présenterai les résultats partiels de cette recherche menée auprès d'une population non représentative d'adultes jeunes à Abidjan, ainsi que des points de vue personnels sur le préservatif et la prévention du sida.

Introduction

Bien qu'en augmentation depuis quelques années, l'utilisation des préservatifs reste faible par rapport aux besoins estimés. De même, encore rares sont les recherches appliquées et centrées sur les connaissances, les perceptions et les pratiques des préservatifs auprès de populations diverses.

Le préservatif apparaît comme un objet problématique pour les utilisateurs, mais également peut-être pour les chercheurs et les planificateurs de la santé. Cet objet est-il trop simple, trop trivial pour devenir un sujet d'étude à part entière ? Est-il au contraire trop complexe ? Son utilisation est-elle si dérangeante, qu'on hésite à la promouvoir explicitement ?

Geste contraceptif ou comportement prophylactique contre des maladies transmissibles, l'usage du préservatif est aussi, plus simplement, une pratique sexuelle. Il a été jusqu'à présent peu étudié en tant que tel.

D'un groupe à l'autre, d'une catégorie à l'autre, ces pratiques changent. Le préalable à toute enquête sur l'usage du préservatif consiste donc à étudier les sexualités - ici, des jeunes Africains. J'emploie à dessein le pluriel, en posant l'hypothèse d'une diversité de la « sexualité africaine », étayée par la littérature ethnologique. Ce préalable, du fait des difficultés pratiques et méthodologiques qu'il soulève, a été jusqu'à présent insuffisamment et inégalement traité, me semble-t-il.

Il s'agit d'enquêter sur les comportements sexuels, la santé, la transmission sexuelle d'une infection, sa prévention et, au sein de cette dernière, l'expression et la pratique du préservatif, ainsi que les besoins et les attentes en matière d'information, d'accès et de conditions d'utilisation des préservatifs. Différentes méthodes ont été utilisées, parmi lesquelles dominent une enquête qualitative par entretiens individuels (avril-mai 1991) et une enquête par questionnaire (décembre 1991). C'est à partir des résultats qualitatifs et semi-quantitatifs de cette dernière qu'est développé le corps de l'exposé.

L'approche est double. D'abord descriptive : les données factuelles sont énoncées et commentées dans le chapitre « Enquête ». Par la suite, on en tire des applications pratiques de prévention (« Recommandations »).

Des hypothèses s'inspirant de la sociologie compréhensive, de l'analyse stratégique et de points de vue médicaux, anthropologiques et - si possible - humanistes, sont proposées :

- le préservatif est un révélateur des genres et de la sexualité; les comportements sexuels peuvent être « vus » sous l'angle du préservatif.

- outil prophylactique, le préservatif est un analyseur stratégique de la prévention du sida; il concentre des paradoxes, des contradictions de la prévention, telle qu'elle est exercée et reçue en Afrique, mais aussi ailleurs.
- le préservatif intervient dans l'intimité des corps et dans la dimension sociale : sida et MST réorganisent les espaces sociaux et intercorporels, quant à leur champ d'extension, leur espace de contagion et leur mode de protection.
- objet étranger, singulier, récemment implanté en Afrique, le préservatif a ici des fonctions, des images, des utilisations répertoriées dans une sorte de « monographie » qui est notre enquête menée chez des jeunes à Abidjan; il y a aussi - si j'ose dire - du social, de l'imaginaire et du symbolique dans le préservatif et chez ces jeunes.

Ces hypothèses, dont certaines seront développées dans le chapitre « Discussion », révèlent l'aspect multiforme du préservatif.

Poseur de questions et provocateur de contradictions, source d'au moins trois dilemmes (biomédical, technologique et symbolique), le préservatif peut améliorer notre compréhension de la sexualité, et conduire à une meilleure utilisation de la prévention à travers certains choix d'interprétation et certaines tentatives de résolution qu'il génère.

Dans cette recherche, le préservatif suscite une réflexion inédite, socio-anthropologique, médicale et humaniste sur la relation à l'autre et à d'autres sociétés, sur la diversité de la sexualité (ses pratiques, ses discours) et sur les paradoxes d'une prévention dont il devient l'emblème - et le problème - obligé.

Situation

Les jeunes Africains des zones urbaines

La croissance démographique, l'urbanisation, la précarité économique, l'exode rural et l'hyperconcentration humaine ont provoqué à Abidjan l'accroissement du nombre de jeunes inactifs, de jeunes exerçant de petits métiers dans la rue, de jeunes déscolarisés ou non scolarisés, de jeunes illettrés, de jeunes migrants étrangers ou ruraux et de jeunes prostituées occasionnelles ou professionnelles.

En Côte-d'Ivoire, la jeune génération d'aujourd'hui (16 ans) a des rapports sexuels plus précoces que la génération des 45-49 ans, cette évolution étant plus marquée chez les garçons que chez les filles. Quant à la fréquence des partenaires sexuels occasionnels, les valeurs les plus élevées se voient entre 20 et 29 ans, quel que soit le sexe (Dédy et Tapé, 1992).

Différents facteurs intervenant dans ce comportement sexuel ont été évoqués, tels que de nouvelles conditions de vie liées à l'industrialisation, l'urbanisation, la scolarisation (Dédy et Tapé, 1992.); d'autres facteurs ont pu jouer comme le changement socio-culturel des trente dernières années (DCGTx, 1991), la dégradation récente de la situation sociale en Côte-d'Ivoire (pauvreté, promiscuité dans les villes, désœuvrement, recul de la scolarisation). Les changements socio-culturels influençant le comportement sexuel concerneraient la nature des relations au sein de la famille, les objectifs matrimoniaux (âge du mariage plus tardif), l'attitude des femmes et des hommes à l'égard de la fécondité, et éventuellement la nature des rapports entre les sexes (Ginoux-Pouyaud, 1992), les pratiques de séduction, le choix des partenaires, la finalité des rapports sexuels, les mentalités des jeunes.

Le sida et les MST

A la fin de l'année 1992, certaines estimations faisaient état d'au moins 500 000 personnes infectées par le VIH en Côte-d'Ivoire. A Abidjan, 10 à 13 % des femmes enceintes et des donneurs de sang sont séropositifs. Des études menées auprès de prostituées dans certains quartiers d'Abidjan révèlent des taux de séroprévalence du VIH six à sept fois plus élevés.

Les jeunes sont menacés par les MST et le VIH. En 1989, 18 % des Ivoiriens entre 15 et 24 ans déclaraient avoir eu une MST dans les douze derniers mois, contre 10 % des plus de 40 ans (Dédy et Tapé, 1991). En 1991, à Abidjan, 11,7 % des donneurs de sang âgés entre 15 et 29 ans étaient séropositifs, la génération la plus infectée étant celle des 30-39 ans (20,2 %) (Schütz *et al.*, 1991).

Au sein de la jeunesse, c'est le sexe féminin qui apparaît être le plus exposé aux MST, y compris le VIH : d'après l'enquête de Dédy S. et Tapé G. (1991), 23 % des femmes ivoiriennes de 15 à 19 ans déclaraient en 1989 un antécédent de MST dans les douze derniers mois, contre 13 % des hommes de même âge. En 1989, les taux de séroprévalence du VIH en milieu urbain étaient un peu plus élevés chez les femmes que chez les hommes de 15 à 19 ans et de 20 à 29 ans (PNLS, 1990).

Dans l'enquête de Schütz *et al.* (1991), parmi les donneurs de sang âgés de 15 à 29 ans à Abidjan, en 1991, il y avait plus de femmes séropositives que d'hommes : 13,5 % des femmes, contre 9,5 % des hommes.

La prévention du sida et la prise en charge des MST en Côte-d'Ivoire

Les campagnes d'information pour le public général ont débuté assez tardivement en Côte-d'Ivoire, à la fin de l'année 1988. Ce retard n'est guère l'exception dans les pays africains (des pays d'Afrique anglophone ont commencé la sensibilisation dès 1985), ni d'ailleurs des pays en voie de développement, puisqu'en France, par exemple, la première campagne sur le sida n'a eu lieu qu'en avril 1987.

Les premiers messages d'information ont mis l'accent sur la maladie-sida et sur sa mortalité. A l'école, il n'y a pas encore de chapitres sur le sida et les MST inclus systématiquement dans le cursus scolaire.

Les préservatifs sont vendus à un prix subventionné depuis mai 1991 sous la marque « Prudence ». Un centre de dépistage anonyme et gratuit a ouvert ses portes à Abidjan à l'automne 1992. La formation du personnel médical et paramédical sur le sida et les MST est en cours...

Malgré ces retards au développement de l'information sur le sida et de sa prévention, il semble que les Ivoiriens soient de plus en plus nombreux à être au courant du sida, de ses modes de transmission et de prévention, mais ils sont encore une minorité à déclarer utiliser des préservatifs.

Questions de départ

Le préservatif est un objet récent et notoirement présent depuis seulement deux ou trois décennies en Afrique. Utilisé d'abord dans les programmes de planification familiale développés sur le continent à partir du début des années 1970 , il y a été importé de façon croissante par la suite avec la mise en place dans chaque pays africain d'un programme national de lutte contre le sida.

L'extension du sida, sa notoriété croissante, les conseils de prévention et la visibilité grandissante des préservatifs dans les zones urbaines africaines posent la question des perceptions, de l'acceptabilité et des pratiques du préservatif de la part des habitants, en particulier des jeunes.

Les jeunes Ivoiriens, d'après les données épidémiologiques et sociologiques dont on dispose, sont menacés par le sida, et une fraction d'entre eux sont touchés par des MST. A Abidjan, comme on l'a dit, les femmes âgées de 15 à 29 ans seraient plus nombreuses que les hommes à être infectées par le VIH.

Comment expliquer la présence notable de MST et cette possible inégalité des sexes par rapport au VIH chez ces jeunes ? Pour ce faire, il faudrait connaître la sexualité des jeunes Abidjanais, les comportements sexuels qui peuvent les mettre en situation de risque face au sida et aux MST, ainsi que ceux pouvant réduire les risques, comme l'utilisation des préservatifs.

D'après les données de la pré-enquête qualitative (Deniaud, 1991) menée en avril et mai 1991 à Abidjan, étayées par différentes études socio-comportementales dans d'autres pays africains, une partie de la jeunesse urbaine africaine connaît relativement bien le préservatif et ses fonctions de prévention du sida et des MST.

D'autre part, son image et son acceptabilité ne semblent pas être mauvaises, et une fraction non négligeable de jeunes déclarent utiliser ou avoir déjà utilisé des préservatifs.

Cependant, de fortes réticences à les utiliser (ou à les utiliser plus souvent) sont verbalisées :

- l'obstacle symbolique et physique à la procréation, au plaisir sexuel et à l'insémination[1] ;
- l'obstacle psychologique de sa négociation, compte tenu des sentiments amoureux, des codes sociaux ou des enjeux économiques par exemple;
- les croyances sur leur défectuosité et leur inefficacité.

Comment les jeunes Africains répondent-ils à ces obstacles ?

Quels sont leurs choix parmi les solutions qui leur sont proposées face au sida : abstinence, fidélité, préservatifs ? Comment gèrent-ils le doute sur l'efficacité de la prévention ?

Quelle est leur perception des risques de contamination par le VIH, par les autres germes sexuellement transmis ? Comment gèrent-ils ces risques par rapport à leurs objectifs de vie, leurs désirs sentimentaux et sexuels, leurs besoins économiques, leurs idéaux d'union, de procréation, de filiation ?

Quelles sont les conditions de l'utilisation des préservatifs par ces jeunes ? Est-elle ancienne, régulière ? Se fait-elle avec les partenaires les plus susceptibles d'être séropositifs ? Se fait-elle à chaque fois correctement ? Coûte-t-elle beaucoup à l'individu, économiquement et psychologiquement parlant ? Pourrait-elle être maintenue dans l'avenir ?

Enquête

Le questionnaire

Il s'agit d'une enquête réalisée en décembre 1991 auprès de 251 individus âgés de 15 à 25 ans. Elle avait pour but d'étudier les connaissances, les perceptions, les opinions et les pratiques de jeunes liées aux préservatifs, ainsi que de recueillir les besoins, les attentes et les suggestions de ces jeunes en matière d'information, de négociation et d'utilisation des préservatifs.

Un questionnaire était rempli par les enquêteurs lors d'entretiens individuels avec plus de 250 jeunes résidant à Abidjan. L'échantillon a été constitué par choix raisonné de localisation dans quatre communes de l'agglomération : Koumassi, Marcory, Abobo et Yopougon. Les foyers étaient tirés au sort dans chaque quartier visité, et les quartiers étaient déterminés en fonction de leur type d'habitat et du loyer. Au final, 251 questionnaires étaient exploitables (4 refus, quelques foyers n'abritant pas de jeunes de 15 à 25 ans).

Le questionnaire explorait, en fonction d'une dizaine de variables indépendantes (sexe, âge, statut matrimonial, type d'habitat, niveau d'éducation, catégorie socio-professionnelle, nationalité, ethnie, religion) une quarantaine de variables portant directement ou indirectement sur les préservatifs.

Une douzaine d'entretiens ont été réalisés en dioula, et quelques-uns en anglais, avec des sujets ghanéens.

Les jeunes interrogés

Le sex ratio est d'environ deux hommes pour une femme : 88 femmes et 163 hommes. L'âge moyen des hommes (21,2) est significativement plus élevé que celui des femmes (20,2).

Six types d'habitat urbain ont été déterminés selon l'aspect de la construction et le loyer : bidonville, cour commune ou cour familiale, logement « en bande », immeuble à loyer modéré, villa de moyen standing, et villa résidentielle.

Quant au statut matrimonial, 54 % des jeunes interrogés ont un ou une ami(e) régulier(e). 31 % n'en ont pas, 9 % sont mariés et 5 % n'ont aucun partenaire, régulier ou occasionnel. Deux femmes ont déclaré qu'elles exerçaient la prostitution.

---

1. Au sens de : dépôt de la semence masculine dans les voies génitales féminines.

Le niveau d'éducation est relativement bon : seules 10 % des personnes de l'échantillon sont illettrées, 20 % des jeunes ont quitté l'école avant le secondaire et 41 %, au début du secondaire. 36 % des jeunes de l'échantillon étaient scolarisés au moment de l'enquête, la plupart dans le secondaire (deux fois plus d'hommes que de femmes), les moins nombreux à l'université, les autres étant en apprentissage ou en lycée technique.

Parmi les 158 non-scolarisés, 52 % déclaraient n'exercer aucune activité : deux tiers d'hommes et un tiers de femmes.

85 % des individus ayant fait connaître leur nationalité sont Ivoiriens. 52 % de ces derniers (n = 195) ne sont pas nés à Abidjan.

Les étrangers, en majorité des hommes, viennent du Mali, du Burkina Faso, du Ghana, du Bénin, du Nigeria. Les étrangers sont sous-représentés dans l'échantillon (15 %), par rapport à la ville d'Abidjan qui en compte 38 % (recensement de 1988).

Les ethnies des répondants se répartissent ainsi : Akan (39 %), Krou (21,3 %), Eburnéo-voltaïque (11,3 %), Mandé du Nord et du Sud (11,3 %), étrangers (17 %).

Les religions pratiquées sont le christianisme (51,5 % de l'échantillon), l'islam (25 %), l'animisme (11,5 %), les sectes chrétiennes (4,5 %), tandis que les non-croyants ou non-pratiquants représentent 7,5 % du total.

Le chef de famille du jeune interrogé est le plus souvent le père (pour 27,5 % des 213 répondants), l'oncle (16,5 %), le frère (12 %), la mère (11,5 %); puis, loin après, viennent la tante (4 %), les beaux-parents (4 %), l'ami (4 %), le mari. Notons que 12,5 % des jeunes sont chefs de famille : seules 4 femmes ont ce statut. Au total, près de 30 % des jeunes n'ont pas une autorité familiale de la génération des parents.

Limites de l'enquête

L'échantillon n'est pas représentatif de la jeunesse urbaine africaine, ni même de la jeunesse abidjanaise.

La recherche est centrée sur le préservatif comme objet; cet objet dont l'utilisation est partagée par deux personnes, n'est étudié ici qu'individu par individu.

Enfin, dans les enquêtes de ce genre, il plane toujours une incertitude sur la fiabilité des réponses portant sur les comportements sexuels, qui n'est pas démentie ici (voir Résultats).

Contexte de l'enquête

Les événements survenus en Côte-d'Ivoire peu de temps avant l'enquête et susceptibles d'avoir influencé certaines réponses, sont les suivants :

- 8 novembre 1991 : annonce largement diffusée dans les médias de la séropositivité du joueur de basket-ball noir américain Magic Johnson; il lance un appel aux jeunes dans le monde pour se prémunir du sida.
- 27 novembre : diffusion à la télévision nationale d'un feuilleton sur le sida, « Partenaires », avec des vedettes ivoiriennes, parmi lesquelles un jeune animateur de radio très populaire, Junior.
- 1er décembre : Journée mondiale de lutte contre le sida. Malgré une faible couverture médiatique, la presse annonce 900 000 séropositifs en Côte-d'Ivoire; le ministère de la Santé rectifie l'estimation entre 400 000 et un million.

Résultats

Renseignements divers

- 9,5% des jeunes interrogés connaissent dans leur entourage un jeune qui est séropositif ou qui a le sida; il n'y a pas de différence significative entre les sexes. Notons qu'un homme de l'échantillon est totalement ignorant du sida et qu'une femme n'en connaît que le nom.

D'après l'enquête nationale de 1989 sur les comportements des Ivoiriens face au sida (Dédy et Tapé, 1991), 7 % des 15-24 ans connaissaient une personne atteinte.

- 26 % des jeunes ont eu une maladie sexuellement transmissible dans leur vie; le sex ratio est de cinq hommes pour une femme.

Ces deux données semblent être sous-estimées, par méconnaissance ou par dissimulation.

- 83 %, à peu près autant de femmes que d'hommes, seraient d'accord pour pratiquer le test de dépistage du VIH, et 3 % l'ont déjà fait. 16 % refuseraient de le faire, par peur ou par désespoir de se savoir séropositif, pour la moitié d'entre eux.
- 45 % des jeunes de l'échantillon connaissent la marque de préservatif « Prudence », vendue par marketing social. Ce programme composé de vente à prix subventionné, d'une distribution diversifiée, en particulier par des réseaux informels, et de campagnes de sensibilisation, a débuté sept mois avant l'enquête.

Notoriété des préservatifs

99 % des jeunes interrogés ont entendu parler des préservatifs. Cette notoriété est apparue, pour 95 % d'entre eux, en 1984 ou après. 53 % des jeunes ont déjà vu des vendeurs de préservatifs dans la rue à Abidjan.

L'origine géographique des préservatifs est située en Europe pour 51 % des jeunes, et aux Etats-Unis pour 23,5 % d'entre eux; 5,5 % des jeunes pensent qu'ils proviennent d'Afrique, exclusivement ou pas. Pour la plupart des jeunes, le préservatif est un objet occidental, récemment introduit en Afrique.

Appellation

Les noms les plus souvent attribués aux préservatifs par les jeunes de l'échantillon sont « capote » (53 % d'entre eux), « chaussette » (30 %), « préservatif » (10 %) et « caoutchouc » (2 %). Plus de 12 % d'entre eux (23 hommes et 8 femmes) connaissent un terme vernaculaire du préservatif; la moitié des vocables cités peuvent être traduits par « caoutchouc ».

17 % des jeunes pensent que « capote » et « préservatif » ne sont pas synonymes : « préservatif » correspondrait à ce qui préserve l'individu des grossesses seulement (confusion avec « contraceptif », cas le plus fréquent) ou des maladies et des grossesses; la « capote » ferait partie des « préservatifs » tels qu'ils sont interprétés plus haut.

Connaissance des fonctions du préservatif

Seuls quatre individus sur 248 sont incapables de répondre à ce sujet; une jeune femme croit qu'il permet d'éviter le paludisme et les fièvres.

Sur le total des réponses données à cette question à choix multiples, les trois fonctions du préservatif figurent à part sensiblement égale : 35 % des choix pour la prévention du sida, 33,5 % pour la prévention des MST et 30,5 % pour l'effet contraceptif.

Connaissance des moyens de contraception

Seuls deux individus ne connaissent aucun moyen moderne de contraception.

Sur la totalité des réponses données, le préservatif est le plus souvent cité (28 % des réponses cumulées), peu avant la pilule (25,5 %) et l'abstinence périodique (21 %), bien avant les spermicides locaux (6 %), le stérilet (4,5 %), les injections d'hormone (3,5 %), et le coït interrompu (3,5 %). 14 % des jeunes interrogés connaissent un moyen de « contraception » traditionnel (au sens d'un procédé applicable avant le troisième mois de grossesse).

5 % des jeunes connaissent des méthodes traditionnelles de prévention des MST.

Perceptions du préservatif

Toutes réponses cumulées, les préservatifs sont classés parmi les familles d'objets suivantes : objets médicaux (27,5 % du total des réponses), contraceptifs (20,5 %), objets de toilette ou de beauté (16,5 %), vêtements (8 %).

Malgré la dénomination courante de « chaussette » vue plus haut, la typologie ne met pas en évidence la même fréquence de cette représentation vestimentaire. C'est plutôt l'image d'un instrument de santé (comme les médicaments, les seringues, le sparadrap) qui est mise en avant, suivie par la contraception. On retrouve en troisième position des réponses cumulées les notions d'hygiène et de bien-être corporel pouvant s'apparenter à la santé.

La représentation du préservatif selon un mécanisme magico-religieux ne fonctionne pas : seuls deux individus le classent parmi les objets magiques.

Opinions [2] ***sur...***

- *La qualité* des préservatifs disponibles en Côte-d'Ivoire : elle est jugée bonne ou très bonne par 48 % des jeunes. 11,5 % la trouvent médiocre et 5 % mauvaise. 26,5 % des jeunes pensent que leur qualité est différente de celle qu'on peut trouver ailleurs qu'en Afrique. Il n'y a pas de liaison significative entre l'opinion sur la qualité des préservatifs et le pourcentage d'utilisateurs.
- *L'efficacité* : dans le cas où les préservatifs sont de bonne qualité, 92,5 % des jeunes pensent qu'ils préviennent efficacement le sida, les MST et les grossesses.
- *La dangerosité éventuelle* : 82,5 % des jeunes sont convaincus de l'inocuité des préservatifs, 12 % les jugent dangereux pour les organes génitaux de l'homme et de la femme et pour la fécondité ultérieure de la femme. Le danger serait d'origine chimique, par le contact des sexes avec le caoutchouc ou le lubrifiant, ou serait lié à l'usage répété des préservatifs : l'effet contraceptif serait cumulatif et entraînerait, à la longue, infécondité ou stérilité. Le danger est peut-être aussi symbolique : en modifiant la circulation et la trajectoire du sperme (pénis-vagin), le préservatif rendrait le sperme dangereux pour l'homme.
- *La gêne induite* : 43 % pensent que les préservatifs ne sont pas gênants, et 48 % pensent qu'ils le sont; chez ces derniers (n = 118), les raisons invoquées sont la diminution ou l'« annulation » du plaisir sexuel (47,5 % d'entre eux), la gêne psychologique, la méfiance suscitée ou la honte en regard des sentiments amoureux (28 %), l'obstacle à l'échange des fluides sexuels (9 %), l'obstacle à la procréation (7 %).

Il n'y a pas de différence significative entre l'opinion sur la gêne et le pourcentage d'utilisateurs.

Pratiques

91 % des jeunes interrogés ont déclaré avoir eu des relations sexuelles (n = 226).

- *L'âge des premiers rapports sexuels* : 60 % des individus ont eu leur premier rapport sexuel à un âge inférieur ou égal à 15 ans; l'âge moyen est de 15,2 ans; les hommes sont plus précoces que les femmes : 14,7 ans, contre 16 ans (p = 0,001). 50 % des hommes avaient moins de 15 ans lors des premiers rapports sexuels, alors que la moitié des femmes avaient moins de 16 ans.
- *Les comportements sexuels dans les trois derniers mois* : le nombre moyen de rapports sexuels est de 5 (n = 213); la moyenne corrigée est 4,5 (n' = 211). Les hommes en ont eu 4,6 en moyenne, et les femmes 4,3 (après correction). 50 % des individus ont eu moins de 3 rapports sexuels (0, 1, ou 2) durant les trois derniers mois.

Le nombre moyen de partenaires est de 1,8 (n = 210) et de 1,2 une fois la moyenne corrigée (n' = 208) ; 21 % des individus déjà entrés dans la vie sexuelle, n'ont pas eu de partenaires et 55 % n'en ont eu qu'un. Les hommes ont eu en moyenne 1,4 partenaires dans le dernier trimestre et les femmes, 0,9 après correction. 90 % d'entre elles ont eu 0 ou 1 partenaire.

---

2. Ce sont des avis et des opinions générales sur les préservatifs recueillies auprès des jeunes, qu'ils aient ou non déjà utilisé des préservatifs.

- *Comportements sexuels dans la vie entière* : les hommes étant plus précocément actifs et plus âgés en moyenne que les femmes, leur vie sexuelle est plus longue : 6,5 années, contre 4,2 ans.

Le nombre moyen de partenaires sexuels est de 13,3 (n = 207); la moyenne corrigée est de 9,8 (n' = 205). 12,5 % des jeunes sexuellement actifs rapportent un seul partenaire dans leur vie, et 45 % d'entre eux ont eu moins de 5 partenaires (de 1 à 4). Les hommes ont eu en moyenne 13,1 partenaires, les femmes 3,4 (après correction).

Selon le sexe, les différences significatives de comportement sexuel s'observent pour l'âge des premiers rapports ($p = 0{,}001$) et le nombre total de partenaires ($p = 0{,}00002$). Sur ce dernier point, la différence peut être due en partie à la durée de la vie sexuelle des hommes, plus longue de 2,3 ans que celle des femmes.

La différence peut aussi avoir été exagérée par des oublis ou des erreurs de mémorisation sur cette période de quatre à six ans et demi; s'il est communément admis que les hommes ont tendance à exagérer le nombre de partenaires sexuelles, il est néanmoins possible que certains oublient de comptabiliser des relations ponctuelles ou de prostitution, d'autres pouvant simplement ne pas en tenir compte; les femmes, pour d'autres raisons, seraient plutôt tentées de minimiser le nombre de partenaires. D'une façon générale, la validité des déclarations peut être mise en question par la honte, par la confusion éventuelle sur la signification du terme « rapport sexuel », par l'interprétation personnelle de « partenaire sexuel », ainsi que par l'éventuelle difficulté à bien délimiter un espace temporel de trois mois et à y mémoriser nos variables.

On n'a pas de données chiffrées sur l'âge des partenaires sexuels des jeunes étudiés et sur la nature de leurs relations. On se bornera à des hypothèses, issues d'informations qualitatives.

D'après les dires d'élèves masculins d'un grand lycée d'Abidjan, un nombre important de lycéennes sortent avec des hommes plus âgés qu'elles de cinq à dix ans, parfois plus. Les jeunes hommes n'ont donc pas toujours les occasions ou les moyens d'engager une relation durable avec ces jeunes femmes. Ils se tournent alors vers des partenaires occasionnelles comme les prostituées, ou vers des jeunes filles plus jeunes qu'eux; certains parmi ceux qui ne sont pas nés à Abidjan retrouvent des adolescentes et des jeunes célibataires de leur région d'origine, à l'occasion de leurs retours périodiques au village.

A Abidjan, les jeunes femmes auraient un plus vaste éventail de choix de partenaires que les hommes de même âge; si c'était également le cas pour les femmes de notre échantillon, celles-ci concrétiseraient leurs choix moins souvent que les hommes, comme le montre le nombre total de partenaires sexuels, plus élevé chez les hommes.

Mais gardons-nous d'affirmer ou de généraliser : l'enquête montre par exemple que la relation avec un(e) partenaire régulier(e) dure en moyenne près de deux ans, même si elle n'est peut-être pas toujours exclusive. Des entretiens avec des jeunes d'Abidjan et de Dabou au printemps 1991 ont montré que leur premier partenaire sexuel est souvent de même âge ou de même condition sociale qu'eux; de plus, la part des sentiments dans une relation est déclarée, et ceci pas uniquement de la part des femmes.

Pratiques des préservatifs

80 jeunes (32 % des jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels) n'ont jamais utilisé de préservatifs. Les principales raisons avancées sont les suivantes : 24 sur 79 « n'aiment pas ça », 14 sont fidèles à leur partenaire ou « ont confiance », 11 ne savent pas où les trouver, ou comment les utiliser, ou encore à quoi ils servent; chez 7 d'entre eux, l'occasion ne s'est pas présentée (pas de partenaire occasionnel, pas de partenaire leur ayant demandé d'en utiliser); puis, sont citées, de manière anecdotique, une contraception déjà suivie (pilule), la honte, la religion, la mauvaise qualité du produit, la négligence.

Notons que 3 hommes sur 48 et 2 femmes sur 31 n'en ont pas utilisé car leur partenaire « n'aimait pas » : les partenaires féminines des trois hommes ont refusé le rapport sexuel, estimant que cette proposition du préservatif était une « moquerie »; une des femmes n'aimant pas les préservatifs a également refusé les rapports, estimant que faire l'amour avec n'était pas naturel. Enfin, une des prostituées n'en utilise plus, après avoir éprouvé des douleurs vaginales lors des premières fois.

65,5 % des jeunes ayant eu des rapports sexuels, c'est-à-dire 146 jeunes, ont utilisé des préservatifs : 98 hommes et 48 femmes.

Dans les trois derniers mois, ils en ont utilisé 2,8 fois en moyenne (n = 138) ; après correction, 2,3 fois. 39 % des utilisateurs n'en ont pas utilisé dans les trois derniers mois; 60 % en ont utilisé moins de deux fois (0 ou 1). Pendant la vie sexuelle, les utilisateurs en ont utilisé en moyenne (corrigée) 10,8 fois. 50 % d'entre eux en ont utilisé moins de 8 fois (de 1 à 7).

Il n'y a pas de différence significative entre les sexes pour le nombre moyen de préservatifs utilisés dans le dernier trimestre : 2,6 fois chez les hommes, 1,6 fois chez les femmes (moyenne corrigée). Mais sur la totalité de la vie sexuelle, les femmes utilisent significativement moins souvent les préservatifs que les hommes ($p = 0,0002$) : 6,2 fois (moyenne corrigée) contre 13,1 fois.

Si, pour chaque individu ayant déjà utilisé des préservatifs, on fait le rapport du nombre moyen de préservatifs utilisés durant le dernier trimestre, sur celui des rapports sexuels pendant la même période, et que l'on fait par la suite la moyenne de ces rapports, on obtient l'équivalent d'un rapport sexuel sur deux protégé, chez les femmes autant que chez les hommes.

Comment peut-on expliquer cette protection non négligeable dans une période récente ?

Peut-être par le profil des acteurs : leur jeune âge peut favoriser l'ouverture d'esprit, la curiosité et la relative rareté des préjugés vis-à-vis des questions sexuelles et d'un objet doté d'une charge symbolique comme le préservatif. Leur urbanité peut les soustraire dans une certaine mesure à l'influence des traditions, relâcher les attaches et l'emprise familiales chez certains, et leur faire bénéficier des médias. Leur niveau d'éducation moyen ou bon, peut intervenir; de même, l'impact de chansons sur le sida et les préservatifs interprétées par Alpha Blondy et Waby Spider, tous deux très populaires; enfin, l'impact de récents événements liés au sida cités plus haut ont pu favoriser l'identification à une personalité séropositive ou impliquée dans la prévention du sida.

S'ajoutant à cela, il y a sans doute un début de prise de conscience personnelle des jeunes, favorisée par quatre facteurs : la connaissance d'un jeune séropositif ou malade du sida; la notoriété grandissante de la marque de préservatifs « Prudence »; des antécédents personnels de MST; le fait d'avoir déjà vu des jeunes vendeurs de préservatifs dans la rue. Ces quatre variables sont significativement liées à la proportion d'utilisateurs de préservatifs dans notre échantillon ($p < 0,05$).

Par contre l'âge, le statut matrimonial, l'accord sur le principe de faire un test, le fait d'avoir des préservatifs avec soi, la perception du préservatif comme un objet médical et contraceptif, les opinions sur sa qualité, sa gêne ou sa dangerosité éventuelle n'influent pas sur la proportion d'utilisateurs.

Ces données apparemment encourageantes ne doivent pas faire oublier trois ombres au tableau : l'incertitude du risque chez le partenaire avec lequel on utilise - ou l'on n'utilise pas - le préservatif; la négociation problématique des préservatifs, tant pour la femme que pour l'homme; les accidents techniques d'utilisation.

- *L'incertitude du risque.* Sur le total des réponses à la question du choix des partenaires avec lesquels on utilise des préservatifs, 35,5 % des réponses portent sur un (ou une) partenaire occasionnel, 28,5 % sur le (ou la) partenaire régulier, 10 % sur des prostituées.

Une forte proportion de femmes (33 sur 48) déclarent en utiliser avec leur partenaire régulier, contrairement aux hommes (29 sur 97). Cela laisserait-il penser qu'elles l'emploient plutôt à titre contraceptif ? Ou bien qu'elles ont moins confiance en leur partenaire que les hommes en la leur ? Ou serait-ce leur partenaire qui n'a pas confiance en elles ? Ceci pose la question de la perception du risque chez tel ou tel partenaire. Pour une femme, le partenaire « régulier » a-t-il moins de risques d'être séropositif qu'un nouveau partenaire, par exemple ?

- *La négociation problématique des préservatifs.* Dans l'échantillon, les femmes ont utilisé des préservatifs 6,2 fois dans leur vie sexuelle, contre 13,1 fois chez les hommes. On retrouve cette inégalité significative dans l'enquête où 15 % des femmes contre 43 % des hommes déclaraient avoir utilisé des préservatifs, dans la tranche d'âge 20-24 ans. Quelles sont les raisons de cette utilisation moindre de la part des femmes : difficultés d'accès aux préservatifs, manque de pouvoir, d'assurance de soi, de volonté, face à un « profil » de partenaires ou dans un contexte donné de relations ?

L'incapacité ou les difficultés techniques existent encore, particulièrement chez les femmes : beaucoup n'osent pas acheter des préservatifs, ou demander à leur partenaire d'en utiliser, certaines ne savent pas - ou n'osent pas savoir - comment et où s'en procurer au moment où on en a besoin; d'autres ne connaissent pas ses fonctions ou son mode d'emploi. Le manque de pouvoir des femmes d'utiliser le préservatif est indéniable : dans les deux cas de femmes en ayant utilisé avec un partenaire nouveau ou occasionnel, c'est l'homme qui a pris la décision.

Quel que soit le type de partenaire, c'est l'homme dans sept cas sur dix qui décide d'en utiliser ($p < 0,05$), la décision étant prise conjointement dans 12,5 % des cas.

Mais l'inégalité des pouvoirs d'utilisation en défaveur de la femme est moins claire dans certains cas de l'enquête : le nombre de préservatifs utilisés dans les trois derniers mois n'est pas significativement supérieur chez les hommes. 18 femmes sur 48 utilisatrices (auxquelles on peut ajouter 11 femmes, partenaires d'hommes de l'échantillon) ont déclaré que ce sont elles qui décident d'en utiliser, décision qui est acceptée par le partenaire. Dans le cadre d'une relation non matrimoniale avec un homme plus âgé (exceptée la prostitution), la jeunesse de la femme et la position de l'homme comme demandeur ne seraient-elles pas des atouts pour que celle-ci convainque l'homme d'utiliser des préservatifs[3] ?

Parfois, la femme peut invoquer - à tort ou à raison - le fait qu'elle est « en mauvaise période » pour décider l'homme à utiliser des préservatifs. Les 12 femmes (sur 31) qui déclarent prendre ou avoir pris la décision d'en utiliser avec leur partenaire régulier sont peut-être dans ce cas. Enfin, 4 femmes avaient des préservatifs avec elles au moment de l'entretien, sur un total de 53 possesseurs des deux sexes.

Inversement, certains hommes qui souhaitent utiliser des préservatifs, essuient un refus de la part de femmes qui préfèrent « le contact direct » ou dont l'amour-propre ou la confiance sont blessés par une telle proposition.

- *Les problèmes techniques d'utilisation.* 43 % des utilisateurs de l'échantillon ont déjà fait une manœuvre incorrecte dans l'emploi du préservatif. 33,5 % d'entre eux ont eu au moins une déchirure de préservatif durant leur vie sexuelle. C'est le fait d'une plus grande proportion d'hommes de l'échantillon (41 %) que des femmes de l'échantillon (et de leurs partenaires) : 19 % ($p = 0,03$).

Pourquoi ? Est-ce dû à la différence d'âge - inconnue ici -, entre les hommes de l'échantillon, utilisateurs de préservatifs et les partenaires des femmes de l'échantillon, peut-être plus âgés que les premiers et ayant plus d'expérience de l'utilisation ? Ou les femmes se rendraient-elles moins facilement compte d'une déchirure que les hommes ? Ou bien seraient-elles plus réticentes à le déclarer ?

D'autre part, y-a-t-il des femmes qui prennent part à la pose du préservatif ou qui le mettent elles-mêmes sur le pénis de l'homme ? Si oui, leur technique est-elle ou non meilleure, plus mesurée que celle de l'homme ?

Le nombre moyen de déchirures est 2,7 ($n = 47$). Les causes attribuées par les intéressés sont : le mauvais état du préservatif (24 des 67 réponses), des gestes précipités, maladroits ou brutaux (16 sur 67), la mauvaise conservation du préservatif par son possesseur (7), une mauvaise connaissance de son utilisation correcte (7) et l'inexpérience (6).

---

3. Cette hypothèse risque de ne pas être valable dans une situation de précarité économique...

149 problèmes d'utilisation, techniques - conduisant ou non à une déchirure - et psychologiques (refus d'un des deux partenaires), ont été rapportés : parmi les problèmes techniques, mettre deux préservatifs l'un sur l'autre (13 % du total des réponses), enfoncer trop fort le préservatif sur le pénis sans laisser le réservoir en place (8,7 %), se tromper de sens de déroulement du préservatif et « forcer » (8,7 %), se retirer après l'éjaculation alors que le préservatif glisse ou reste dans le vagin (8 %), laver et réutiliser un préservatif (6 %), enlever le préservatif au cours du rapport sexuel (10,7 %), garder un même préservatif pour plusieurs rapports consécutifs (2 %).

Tout ceci montre la fréquente méconnaissance des conditions de stockage et d'utilisation des préservatifs. L'inexpérience, l'ignorance du mode d'emploi, la brutalité peuvent conduire à des déchirures. D'autres manœuvres, relevant de pulsions incontrôlées annulent l'effet du préservatif : un acte comme celui d'enlever le préservatif pendant le coït n'est pas rare, semble-t-il. Il pourrait être lié à une intolérable frustration de l'orgasme ou du pouvoir de procréer; ou à une manière radicale de contourner la difficulté éprouvée à se séparer de cet objet qui contient, après le rapport, la substance vitale, la capacité de reproduction. Pour ces raisons, l'homme serait alors amené à interrompre le coït, se retirer du vagin, enlever le préservatif et reprendre le coït sans entrave à l'éjaculation et à l'insémination.

La relative fréquence d'utilisation des préservatifs dans une période récente risque d'être mise en question si de telles erreurs techniques persistent dans l'avenir : 2,7 préservatifs déchirés sur 10,8 utilisés en moyenne au total. Ceci réduit à environ 10 le nombre total moyen de préservatifs correctement utilisés par l'homme et à environ 5 pour la femme.

D'autres résultats pourraient être présentés; ceux qui viennent d'être évoqués nous permettent déjà une vue d'ensemble ouvrant la discussion.

Discussion

Trois thèmes, les dilemmes des jeunes au sujet du préservatif, l'obstacle culturel au préservatif et comment aborder la sexualité africaine sont présentés ici, en se référant à notre groupe cible. Je développerai le premier thème et me contenterai de poser des questions en rapport avec les deux autres.

Les dilemmes du préservatif

Dans l'enquête, les jeunes ne cachent pas que la négociation et l'utilisation des préservatifs sont la source pour eux d'au moins trois dilemmes.

Un dilemme technologique

On pourrait l'énoncer en ces termes : un objet de consommation sans - réelle - consommation. En effet, le dilemme se situe moins dans l'acquisition (dans plusieurs cas elle est le résultat d'un don ou d'un échange) que dans la consommation; celle du préservatif ne peut se comparer à aucune autre : utilitaire, unique, éphémère, partagée à deux, techniquement contraignante, se terminant dans tous les cas par l'élimination du produit, et greffée sur un acte sans rapport avec la consommation (exceptée la prostitution).

Le préservatif n'est pas « consommé » au sens où on l'entend habituellement : l'utilisateur ne ressent aucun besoin de protection - comme il le ferait d'un vêtement par exemple -, puisque ce contre quoi il se protège est invisible, et il ressent peu ce plaisir habituel de consommer. Pour les jeunes femmes qui espèrent un profit économique des rapports sexuels, la négociation du préservatif risque de bouleverser les termes de l'échange et de lui faire perdre ses bénéfices. Enfin, la consommation est techniquement délicate, dans certains cas, elle se fait avec un produit incorrectement conservé et peut se solder par un échec.

Un dilemme biomédical et démographique

Ou, en d'autres termes, une « protection » incertaine, voire menaçante. Incertaine, la protection apportée par le préservatif est souvent perçue comme telle : à cause de la qualité des produits (17 % des jeunes pensent que les préservatifs disponibles en Côte-d'Ivoire sont de mauvaise qualité et 26,5 % pensent qu'ils sont de qualité différente); peut-être à cause de l'invisibilité de la menace, car il n'y a pas de bénéfice apparent et immédiat du barrage que le préservatif exerce contre le VIH, puisque la contamination sexuelle de ce virus passe inaperçue.

Plus paradoxale encore, la protection contre le sida et les MST que le préservatif est supposé apporter, peut être considérée elle-même comme une menace : 12 % des jeunes pensent qu'il peut être dangereux pour la santé, l'intégrité corporelle (en particulier sexuelle), et la fertilité.

Cette idée de menace est due à l'« étrangeté » - aux deux sens du terme - du préservatif : étrange, car étranger, peu connu des Africains il y a trois décennies, moderne, inédit de par sa fonction sexuelle; ce modernisme, mis en balance avec les traditions africaines, en particulier celle de la procréation, s'est chargé d'une image menaçante pour la démographie des populations. Ce sentiment de menace semble cependant plus marqué chez les adultes (avec, à l'extrême chez certains, l'idée d'un complot orchestré par l'Occident dont les instruments sont - entre autres - le sida et les préservatifs) que chez les jeunes. Ces derniers semblent être déjà familiarisés à ce nouvel objet et plus attachés, dans les relations sexuelles, au plaisir qu'au désir de procréation.

Ces croyances affichées de menace ou d'inefficacité des préservatifs témoignent donc d'une part de préjugés ou de réactions stéréotypées, comme on le voit dans l'absence de différence significative chez les utilisateurs de préservatifs selon qu'ils déclarent ou non croire à la défectuosité du produit, ou à la gêne qu'il pourrait induire.

Un dilemme symbolique [4]

D'une façon générale, le préservatif rationalise un des actes les plus spontanés qui soient, en « découpant » la relation sexuelle en trois phases : avant la pose du préservatif, entre la pose et la dépose, après la dépose. Le préservatif peut provoquer une crise de conscience chez son utilisateur - futur ou actuel -, à cause de cette rationalisation par « instrumentation », « consommation » ou « biomédicalisation » du sexe et de l'amour.

Des éléments problématiques entrent en jeu, comme la frustration du plaisir sexuel, un sentiment d'autodépréciation, de perte identitaire et de « gâchis » de l'homme lors de l'élimination du préservatif contenant son sperme, la culpabilisation vis-à-vis du ou de la partenaire qui risque d'être offensé(e) par la décision unilatérale d'en utiliser, la culpabilisation vis-à-vis des pairs, si l'individu n'utilise pas de préservatif et qu'eux déclarent en utiliser (et vice-versa), enfin, peut-être la culpabilisation vis-à-vis des aînés par le sentiment, en cas d'utilisation, de bafouer les traditions, en particulier les valeurs de procréation et de filiation.

Ces culpabilisations illustrent la menace symbolique du préservatif pour le corps individuel et social.

Les tentatives de résolution des dilemmes par les jeunes sont de deux types : on distingue des tentatives spontanées ou « irrationnelles »[5], qui ne résolvent pas le problème des risques éventuels de contamination : par exemple, la confiance dans le ou la partenaire (qui se substitue, si l'on peut dire, au préservatif), le refus du préservatif ou, à l'extrême, le retrait délibéré du préservatif au cours du rapport sexuel avant l'éjaculation; dans ce dernier cas par exemple, le risque infectieux d'être contaminé par le VIH (s'il est consciemment perçu) est pris de préférence au risque symbolique de ne pouvoir jouir et procréer, autrement dit, de ne pouvoir affirmer son genre et assumer un rôle social ou sentimental dans le contexte donné.

---

4. A « culturel », je préfère « symbolique ». Le terme de culture me semble trop vague ou trop restrictif (dans sa définition culturaliste) pour expliquer les perceptions et les représentations du préservatif.

5. Selon l'objectif à atteindre; ou selon des critères biomédicaux ou occidentaux.

Des réponses plus structurées, socio-économiques, stratégiques, éducationnelles et symboliques tentent de valoriser le préservatif et de l'intégrer dans la quotidienneté et l'intimité : le réseau des pairs comme source d'information et d'obtention, le refus d'un rapport sexuel en cas de refus d'utilisation de la part du ou de la partenaire, son utilisation avec un(e) partenaire régulier(e), la représentation hygiénique, vestimentaire ou cosmétique de l'objet, et l'attribution récente de termes vernaculaires en sont quelques illustrations, telles qu'on a pu les observer dans l'enquête.

Obstacles « culturels »[6] au préservatif

Cette notion, parfois présentée comme une raison de la non-utilisation des préservatifs, n'est pas clairement retrouvée dans l'enquête.

Malgré des croyances négatives, il y a des idées assez positives des jeunes sur les préservatifs, comme celle d'un instrument relativement neutre de santé, de contraception, de bien-être corporel; 43 % des jeunes pensent que les préservatifs ne sont pas gênants, en particulier sur le plan des sensations physiques; cette opinion se retrouve dans les pratiques, puisque près de 40 % de ceux qui en ont déjà utilisé, n'ont pas un avis négatif sur la nature du plaisir sexuel : celui-ci est jugé « identique » (30,5 % des répondants), « différent » (7,5 %) ou « supérieur » (1,5 %) avec un préservatif.

De même, des tentatives de résolution mentionnées plus haut prennent une certaine cohérence sous la forme d'appropriation de la modernité et de réinterprétations « traditionnelles » du préservatif. On est enfin relativement surpris par un taux d'utilisateurs et une fréquence d'utilisation récente non négligeables.

Ces derniers éléments montrent que les préservatifs ne sont pas rejetés; ils me font penser que les préservatifs peuvent être globalement bien acceptés par le groupe étudié, et que cette acceptabilité globale pourrait mener à une utilisation croissante. Il est possible aussi qu'il en soit de même dans des populations plus larges de jeunes citadins.

En fait, d'après ces données, il me semble que l'acceptation du préservatif a plus à voir avec un contexte social qu'avec une culture donnée; on l'a vu avec les quatre facteurs identifiés comme étant significativement liés à la proportion d'utilisateurs. Deux facteurs concernent le vécu social de la maladie (antécédents de MST, proximité d'un séropositif ou d'un malade), et les deux autres, le vécu social de la prévention (notoriété de vendeurs de préservatifs, connaissance de « Prudence »).

Ainsi, les obstacles « culturels » au préservatif n'ont-ils pas été surestimés par certains ?

Avant de chercher à rendre le préservatif acceptable par une « culture » donnée, peut-être faudrait-il se demander ce que la société en question attend et désire en matière de préservatif. Si ses besoins et ses attentes sont satisfaits, si la conscience du danger est prise, il me semble que cette société se chargera elle-même de résoudre les dilemmes liés au préservatif, de lui attribuer légitimité et évidence, ceci, même si sa culture est très différente de celle d'où provient le préservatif; par la suite, l'utilisation courante s'acquiert par l'usage (au sens d'us), la familiarisation à l'objet, l'apprentissage, l'éducation au sens large et l'habitude.

La « sexualité africaine » : comment l'appréhender ?

Dans l'introduction, j'évoquais non pas une mais plusieurs sexualités africaines. Par exemple, la sexualité des jeunes de l'enquête[7] me paraît être différente de celle d'adultes vivant dans les mêmes quartiers, elle-même différente de ruraux, etc.; d'autre part, la sexualité des jeunes n'est pas une sexualité exclusivement *entre* jeunes. Elle ne cadre pas toujours avec certaines idées reçues : l'absence prolongée (trois mois) de

---

6. Dans notre étude, le terme « culturels » ne fait pas expressément référence à la culture africaine ou à la culture occidentale, mais plutôt à une sub-culture jeune, urbaine, métissée d'influences modernes et traditionnelles.

7. Dont nous présupposerons la validité.

rapports sexuels chez un quart de l'échantillon, pas toujours liée au manque d'occasions mais aussi à des choix volontaires d'abstinence ou de refus; la durée moyenne des relations avec un(e) ami(e) régulier(e) avoisinant les deux ans; le nombre moyen de rapports sexuels et de partenaires sexuels dans le dernier trimestre, non significativement différent entre les hommes et les femmes.

Par diversité, on peut entendre aussi la différence entre les pratiques et les discours sur la sexualité : ces derniers sont parfois stéréotypés, avec des variations selon les milieux.

L'érotisme et le préservatif. On a vu les perceptions de l'objet privilégiant sa fonction sanitaire et son utilité. La diminution du plaisir sexuel qu'il provoque chez plus de la moitié des jeunes est cohérente avec le pragmatisme des représentations. Peut-on réduire cette gêne en « érotisant » le préservatif ?

En Europe, des campagnes de prévention tentent de présenter le préservatif comme un objet non seulement nécessaire mais aussi érotique; les femmes sont encouragées par exemple à le placer sur le pénis de leur partenaire, on envisage de l'intégrer aux caresses érotiques...

Peut-on l'imaginer en Afrique ? Il faudrait sans doute avoir une meilleure connaissance des gestes sexuels hormis le coït, des caresses, ainsi que des rôles respectifs de l'homme et de la femme dans ces gestes. Est-il possible d'en parler aux femmes déclarant avoir déjà utilisé un préservatif ? Le donnent-elles toujours au partenaire, à charge pour lui d'en faire usage ? Ou certaines ont-elles déjà tenté de le placer elles-mêmes sur le pénis ? Si oui, ce geste est-il une aide ou un obstacle au plaisir ?

Le plaisir sexuel est un des premiers dilemmes, sinon le premier, à être déclaré par les jeunes : l'absence d'utilisation des préservatifs est expliquée avant tout par le déplaisir (« je - ou mon partenaire - n'aime pas ça »), puis par la confiance et la fidélité dans le ou la partenaire; on trouve les mêmes motifs dans la question des opinions sur l'éventuelle gêne provoquée par le préservatif : 47,5 % de ceux qui partagent cette opinion, portent la gêne sur le plaisir sexuel, et 28 %, sur l'amour pour son ou sa partenaire.

D'un autre côté, près de 40 % des utilisateurs trouvent que le préservatif ne réduit pas le plaisir; si on croise les opinions sur la gêne avec la proportion d'utilisateurs et de non-utilisateurs, il n'y a pas de différence significative.

On observe donc un décalage entre les déclarations des utilisateurs et de ceux qui n'en ont jamais utilisé, entre un discours de façade et ce qu'il peut cacher : l'obstacle du préservatif au plaisir sexuel contient, semble-t-il, une part de réalité, une part de croyances issues de rumeurs, et une part de stéréotypes. Ces stéréotypes renvoient à leurs homologues sexuels; il y aurait chez certains et certaines une attitude de conformité à des stéréotypes sexuels, tels que la virilité de l'homme (attestée, par exemple, par le nombre de coïts consécutifs), la nécessité du contact physique des deux sexes, la soumission de la femme, la circulation du sperme et l'insémination. Bien que ces stéréotypes aient des références culturelles, la plupart d'entre eux ne sont pas spécifiques à l'Afrique, on peut les observer en France, par exemple, et ailleurs.

Recommandations pratiques (à partir des résultats de l'enquête)

En matière d'information sur les préservatifs

Plus d'informations sur les préservatifs, en langues véhiculaires et vernaculaires sont nécessaires en Côte-d'Ivoire.

Dans les informations en français, il est préférable de parler de « capote » plutôt que de « préservatif », terme pas toujours bien compris par les jeunes.

Des informations spécifiquement adressées aux femmes seraient utiles, afin d'encourager les initiatives qu'elles semblent déjà prendre en la matière. On peut aussi envisager des conseils donnés de manière informelle de jeunes à jeunes, dans la rue, à l'école, et au cours des activités quotidiennes. Pour cela, il serait souhaitable d'investir les jeunes d'une sorte de mission de prévention et leur donner la responsabilité de cette prévention auprès de leurs pairs.

Parmi les messages d'information, il faudrait insister sur :

- la qualité intrinsèque des préservatifs en Afrique, comme dans le reste du monde;
- leur absence d'effets secondaires;
- les consignes de bonne conservation;
- les consignes d'utilisation correcte.

En matière de distribution

Améliorer l'accessibilité des préservatifs (dans la rue, dans les lieux fréquentés particulièrement par les femmes, par les jeunes; le soir et la nuit) et la visibilité de la marque « Prudence » (dans la rue, dans les medias).

Développer la distribution et le marketing social de ces préservatifs, non seulement dans les quartiers défavorisés des zones urbaines, peuplés en majorité d'étrangers, d'illettrés, de transplantés et d'inactifs, mais aussi en zone rurale.

Il serait intéressant également d'abaisser le prix des autres préservatifs vendus en pharmacie.

En matière d'utilisation

Du fait des incertitudes en la matière, les recommandations sont formulées sur le mode interrogatif :

- Quel est le moyen le plus acceptable pour un jeune de se protéger contre le sida et les MST ? Les préservatifs, l'abstinence sexuelle « de situation » (avec un nouveau partenaire, par exemple), la fidélité conditionnelle (mutuelle et dans la mesure où les deux partenaires sont indemnes de toute MST, y compris le VIH) ? L'alternance des deux ou des trois ?
- Comment augmenter les chances de réussite de la négociation des préservatifs de la part des femmes, de la part des hommes ?
- Comment optimiser l'utilisation des préservatifs : plus régulière, techniquement plus sûre, liée moins à un profil de partenaires qu'à une situation (relation sexuelle avec un nouveau partenaire, en période de fête, etc.) ? Comment faire en sorte que cette utilisation se maintienne dans les années à venir ?
- Comment réduire la vulnérabilité au sida des jeunes citadins (par rapport aux adultes) et des jeunes femmes (par rapport aux hommes) ?

Recommandations sur les autres moyens de prévention

Une meilleure éducation sanitaire des jeunes en matière de reconnaissance et de traitement des MST pourrait être utile; de même qu'une prise en charge des MST (dispensaires anti-vénériens, dépistage, traitements) plus aisée et plus accessible.

Lorsque le centre de dépistage du VIH d'Abidjan sera opérationnel et qu'on connaîtra sa capacité de fonctionnement, des informations techniques sur la sérologie VIH et une incitation rationnelle et mesurée au dépistage volontaire pourraient être proposées.

En conclusion, plus d'études à méthodes multiples et complémentaires (qualitatives, quantitatives et autres) sur les comportements sexuels, sur les déterminants sociologiques, symboliques et techniques de l'utilisation des préservatifs, ainsi que sur les déterminants d'autres pratiques de prévention sont nécessaires en Côte-d'Ivoire, en Afrique et dans le reste du monde. Il paraît nécessaire d'utiliser le plus souvent possible de telles données pour des actions de prévention du sida et des MST.

Perspectives méthodologiques et conceptuelles

Perspectives méthodologiques

Une telle enquête permet de revoir ou d'affiner certaines notions sur l'étude de la sexualité, et d'être plus précis dans les questions posées à ce sujet. En effet, selon le niveau d'éducation, le « contexte socio-culturel », les situations, certains termes employés par l'enquêteur peuvent être mal compris ou diversement interprétés; ainsi, qu'est-ce qu'un rapport sexuel, qu'est-ce qu'un partenaire sexuel occasionnel, un ami régulier, une prostituée ?

Par exemple, dans notre questionnaire, à la place de « rapport sexuel », il aurait été plus judicieux d'employer un terme désignant clairement une pénétration vaginale unique : car le rapport sexuel peut être interprété comme le total de coïts consécutifs avec un même partenaire, qui risquent alors de ne pas être comptabilisés. Au contraire, chez des jeunes Français par exemple, un rapport sexuel peut signifier des contacts corporels intimes, tels que des caresses, des baisers, des rapports bucco-génitaux, sans obligatoirement de pénétration péno-vaginale.

Il serait intéressant d'explorer d'autres pratiques sexuelles telles que la masturbation, les rapports bucco-génitaux, la pénétration anale, les relations homosexuelles, la nature des caresses érotiques, l'initiative et la participation des femmes dans la pose du préservatif. Des lycéens et des prostituées m'ont posé des questions sur les risques des rapports bucco-génitaux, deux individus de l'échantillon ont cité la pénétration anale comme éventuel moyen de contraception.

Enfin, il serait intéressant de compléter les informations sur les modes de rencontre, de séduction, les circonstances des rapports sexuels chez les jeunes (où, quand ?), et, bien entendu, sur la sexualité proprement dite.

Perspective conceptuelle : l'ethnoprévention

Partout dans le monde, dans toutes les sociétés, pour une raison ou une autre - morale, religieuse, psychologique -, le préservatif choque ou dérange : la haute hiérarchie catholique (l'attitude du Pape en Afrique à ce sujet est édifiante), d'autres confessions religieuses, certains politiciens, certains intellectuels, jusqu'aux simples quidams.

Dans un contexte d'urgence tel que celui du sida en Afrique, où faut-il situer la légitimité et l'utilité de la lutte contre le sida ? Sur le choix des populations cibles, sur le caractère opérationnel de la recherche, sur les motivations et les capacités d'action des acteurs, des chercheurs et des planificateurs de la prévention ?

Le médecin, le chercheur en sciences sociales qui travaillent dans le domaine du sida, les autres intervenants de la prévention, tous confrontés à ces questions, pourraient définir, pour eux et leurs différents interlocuteurs, leur « éthique de service ».

Questions d'une anthropologie de la prévention

Ces questions sur l'éthique de la prévention débouchent sur un champ de réflexion plus vaste que j'appelerai « ethnoprévention ». Il s'agit d'un nouveau terme, peut-être d'une autre approche en santé publique.

Au sujet du sida, l'ethnoprévention pose des questions aussi différentes que : tel mode de prévention de la transmision sexuelle peut-il être accepté et suivi par une société différente de celle qui l'a proposé ? Pourquoi certaines pratiques traditionnelles telles que le lévirat, le sororat, la circoncision, les scarifications ont été si souvent débattues par rapport au sida, à un point tel qu'elles ont pu masquer des comportements sexuels plus dangereux ? Pourquoi entend-t-on encore parler de groupes à risques ? Que signifie « promiscuité sexuelle » ?

Pourquoi ne pas parler plus souvent de périodes à risque ou de périodicité des risques ? Pourquoi mettre davantage l'accent sur les prostituées, plutôt que sur les clients ? Qui sont les prostituées, et quels sont les critères pour les définir comme telles ?

La solidarité africaine existe-t-elle ? Si oui, aide-t-elle à résoudre ou à prévenir l'impact social et familial du sida dans certains pays ? La densité des rapports de proximité et de face-à-face en Afrique est-elle un bénéfice ou un désavantage pour la prévention du sida ?

Quelles sont les motivations profondes des personnes travaillant dans la prévention du sida : leurs idéaux, leurs valeurs de dévouement, d'altruisme et d'humanisme ?

Qu'est-ce que l'éthique dans tout cela ? Par exemple, est-il éthique de promouvoir l'utilisation des préservatifs sans donner d'explications claires sur ses fonctions et son mode d'emploi ?

L'idée d'ethnoprévention

La prévention est fondamentale pour l'amélioration de la santé publique. Elle ne peut être opérationnelle que si l'on tente de comprendre les systèmes de pensée relatifs aux maladies, leurs modes d'interprétation, d'évitement, et de guérison propres à chaque société. Jusqu'à présent, on parle d'anthropologie médicale, d'ethnomédecine, d'anthropologie de la maladie, d'ethnopsychiatrie, ou encore d'anthropologie appliquée au développement, mais pas encore, à ma connaissance, d'ethnoprévention.

L'idée d'ethnoprévention m'est venue pendant cette recherche; en effet quel autre objet mieux que le préservatif peut évoquer l'étroite corrélation des deux disciplines : l'ethnologie, du fait des représentations de l'objet et des valeurs sociales que son utilisation mobilise; la prévention sanitaire, de par l'évidente fonction prophylactique du préservatif ?

L'ethnoprévention aborde différents thèmes : en matière de planification des naissances, elle étudie les formes traditionnelles de contraception, leurs techniques, leurs références symboliques, leurs indications; elle étudie également les perceptions et les pratiques des contraceptions modernes. On connaît les règles d'abstinence sexuelle des femmes en zone rurale africaine qui viennent d'accoucher; les conditions de virginité des filles au moment de l'excision chez certaines ethnies. L'ethnoprévention cherche l'éventuelle émergence de nouveaux « interdits préventifs », en réponse à l'apparition récente de problèmes sociaux, sanitaires ou pas.

De même, pour ce qui concerne les maladies transmissibles, l'ethnoprévention peut répertorier des systèmes de représentation de la transmissibilité (espaces et modes) et les comparer avec leurs systèmes homologues de prévention.

Si l'ethnologie s'intéresse aux interprétations d'un mal comme le sida, l'ethnoprévention s'attache à déduire des stratégies préventives de ces interprétations. Elle étudie aussi les réactions de prévention de tel ou tel groupe de personnes : en Afrique, genèse et tentatives de prévention autochtones, appropriations, interprétations ou réinterprétations de pratiques de prévention venues de l'Occident.

En somme, l'ethnoprévention s'intéresse aux stratégies traditionnelles de prévention (observance d'interdits, port d'amulettes, sacrifices, etc.), à leur évolution en fonction d'événements en rapport ou pas avec la santé, à l'interprétation de stratégies modernes de prévention - telles qu'elles sont reçues par les populations, ainsi qu'à la création de nouvelles stratégies. L'ethnoprévention tente d'expliquer les échecs de la prévention, ses effets adverses, ses rapports avec l'ethique. Elle tente également de contribuer à une meilleure définition de la prévention : en fonction de son objet, de ses sujets (ceux qui l'exercent, ceux qui la reçoivent), de son rôle futur et de l'évolution du monde. Prévenir, anticiper, aller au devant de... ?

Même si elle n'a pas de désignation ou de statut particuliers, ce que j'appelle « ethnoprévention » existe déjà : c'est l'étude de la prévention sous tous ses aspects.

Mais l'ethnoprévention est plus qu'une somme d'observations et de réflexions; elle est aussi une recherche de l'intervention.

Références citées

DEDY S. et TAPE G.

(1991) *Comportements sexuels et sida en Côte-d'Ivoire (Rapport préliminaire)*, PNLS, Abidjan.

(1992) « Les comportements sexuels à risque en Côte-d'Ivoire », *Bulletin du GIDIS-CI*, 2, pp. 63-72.

DCGTx (Direction et contrôle des grands travaux)

(1991) *Programme de valorisation des ressources humaines, politique de population pour le développement*, Comité de suivi sur la valorisation des ressources humaines, cellule technique-DCGTX, Abidjan.

DENIAUD F.

(1991) « Sida, préservatifs et jeunesse urbaine en Côte-d'Ivoire : un essai d'ethnoprévention », *Bulletin de liaison du CNDT*, numéro hors série, pp. 46-69.

GINOUX-POUYAUD C.

(1992) « Etude sociologique sur le choix du partenaire sexuel chez les femmes en âge de procréer à Koumassi et Marcory », *Bulletin du GIDIS-CI*, 2, p. 42.

PNLS

(1989) *Taux de prévalence du VIH en milieu urbain, Côte-d'Ivoire*, CIV/PNLS/bns, Abidjan.

SCHUTZ R., KONE N., VETTER K. et SAVARY D.

(1991) *Identification de groupes à risque VIH parmi la population des nouveaux donneurs de sang*, Centre national de transfusion sanguine, Abidjan.

Commentaires des rapporteurs

Mah Bi

Il est apparu dans votre intervention que le sex ratio se situerait à 5 hommes pour une femme, alors que les tendances actuelles sont à une généralisation entre les femmes et les hommes dans la contamination du VIH, ce qui pourrait s'expliquer par une expansion de l'infection à la population générale et donc à une égalisation (une femme pour un homme). Comment pouvez-vous expliquer ce sex ratio ?

Par ailleurs, il y a une opinion qui est souvent exprimée qui explique que la promotion du préservatif chez les jeunes constitue une incitation à la débauche, qu'il y a une certaine forme de dépravation. Quelle est votre opinion sur cette question ?

Réponse de François Deniaud

En ce qui concerne la deuxième remarque, je pense que c'est entièrement faux. C'est un argument qui est souvent mis en avant par les opposants, par les détracteurs du préservatif. Il y a une étude suisse en particulier, qui a été présentée à la conférence d'Amsterdam, et qui a montré de façon très claire que les campagnes de promotion des préservatifs auprès des jeunes Suisses n'avaient en aucun cas provoqué une augmentation du nombre de partenaires sexuels. Donc, ce qui me semble un peu dommage dans ces arguments-là, c'est que, bien souvent, cela peut masquer une certaine hypocrisie des gens qui le disent parce que ces personnes se protègent un peu derrière la sexualité des jeunes, sans vraiment pouvoir affronter eux-mêmes les problèmes que leur posent les préservatifs. C'est un argument qui ne tient plus.

Concernant la première question sur le sex ratio (j'ai dit qu'il y avait plus de femmes que d'hommes, et non l'inverse) : je me suis basé sur l'enquête que j'ai eu à ma disposition, celle de Tapé Gozé et Dédy Séry qui date de 1989. Il y avait alors plus de jeunes femmes qui avaient déclarées une MST au cours des 12 derniers mois que de jeunes hommes. Et pour le VIH il semble (ce sont là les données de la banque du sang d'Abidjan) qu'il y aurait plus de jeunes femmes séropositives que de jeunes hommes chez les donneurs de sang à la Banque de sang en 1991. Et puis, on retrouve au niveau des études du CNLS qu'en 1989, le taux de prévalence du VIH était un peu plus élevé que chez les hommes. Mais ceci n'est valable que pour 1989 et peut-être que depuis 1989 cela a évolué. Il y a aussi les données de 1991 de la Banque de sang. Il existe des données qui laisseraient penser que les jeunes femmes sont autant menacées, sinon plus, que les jeunes hommes.

Claude Fay

Il fallait forcément un sociologue pour considérer le préservatif comme une pratique sexuelle et, plus largement, comme une pratique sociale. Il me semble qu'il fait écran entre plusieurs relations, entre homme et femme, entre occidentalité et africanité, entre religion et pratique quotidienne. Donc, pratiquement, cela m'étonne un peu, que vous n'ayez pas essayé de corréler l'utilisation du préservatif avec d'autres variables comme celle de la confession.

Le deuxième point c'est que, quant à l'utilisation du préservatif avec telle ou telle femme, il aurait été peut-être bon d'insister sur le statut ou le rôle de la femme : comment l'a-t-on rencontrée, comment l'a-t-on connue ?

Le troisième point : cela m'étonne que vous ayez tenté de cerner une sexualité africaine à travers l'idée d'« obstacle culturel ». Vous donnez un certain nombre de faits comme le caractère plus ou moins visible ou non sensible immédiatement de la menace du sida, comme le découpage de la relation sexuelle en cases, qui me sembleraient pouvoir qualifier des motifs de refus dans toute sexualité, française, africaine ou autre. Et inversement, il s'agit de faire du spécifique, quand vous donnez par exemple les modalités de conservation spécifiques du préservatif, qui ne se consomme pas comme les autres objets. Là, ça devient un tout petit peu abstrait. Je me demandais si ce sont les informateurs qui disent cela.

Réponse de François Deniaud

Je me suis peut-être mal exprimé mais si je parle de spécificité africaine, je me réfère au contexte de la grande ville africaine, des jeunes qui sont à l'écoute des médias, assez influencés par l'Occident. Je ne parle pas de spécificité africaine, mais d'obstacle symbolique : dans les trois dilemmes que j'énonce, il y a le dilemme socio-économique, le dilemme biomédical et le dilemme symbolico-culturel. Là, il s'agit peut-être d'une querelle de mots, mais je préfère utiliser le terme symbolique, car je n'aime pas beaucoup la référence culturaliste. On retrouve la symbolique en Afrique mais aussi en France, en Occident : ce n'est pas spécifique à l'Afrique, il y a seulement des modes d'expression différents de cette symbolique.

En ce qui concerne le croisement de variables, il apparaît que quatre d'entre elles sont significativement liées à la proportion d'utilisateurs de préservatifs, comme je l'ai écrit : la connaissance d'un jeune séropositif ou malade du sida, les antécédents de MST, la connaissance de la marque « Prudence » et le fait d'avoir vu dans la rue des jeunes vendeurs de préservatifs. Par contre, l'âge, le statut matrimonial, le niveau de scolarisation, ne jouent pas. Rappelons que, dans l'échantillon, il y a 65 % des jeunes qui ont déclaré avoir déjà utilisé des préservatifs et ceux qui n'en ont pas utilisés expliquaient leur non-utilisation par le fait, en premier lieu, qu'ils n'aiment pas cela et, en deuxième position, par la gêne envers le partenaire, la fidélité. Tout cela, en fait, on le retrouve très bien en France.

Dr Diégo Buriot

Je ne suis pas sociologue et je trouve cette intervention très riche, très fouillée. Mais il me semble que l'échantillon est, d'abord, très petit et donc il est dangereux de faire des estimations. D'autre part, la majorité de vos sujets ont moins de 25 ans. Or vous faites des estimations du nombre de partenaires sexuels pendant la vie, mais, heureusement, la vie ne s'arrête pas à 25 ans. Enfin, je crois que ce n'est ni plus ni moins qu'une sexualité de jeunes. On se trouve avec moins de deux, trois partenaires dans les trois derniers mois, trois ou quatre partenaires par an dans la majorité des cas : je crois que cela n'a rien d'africain. C'est juste une sexualité de jeunes, sans y voir une africanité ou une occidentalité qui me rend la chose un petit peu compliquée. Il me semble que cela montre qu'ils ont une sexualité assez logique : ils utilisent des préservatifs, ils ont des doutes sur l'utilisation. A cet égard, je crois que votre étude est plutôt rassurante et qu'elle est bienvenue.

Réponse de François Deniaud

Je rappelle, comme vous l'avez dit, que c'est un échantillon qui n'est pas représentatif de la jeunesse d'Abidjan.